

Saksnr

Utval
Komité for rehabilitering, helse og omsorg

Møtedato

PRIORITERINGAR I HELSETENESTA NOU 2014: 12. HØYRINGSUTTALE.

Framlegg til vedtak:

Komite for rehabilitering, helse og omsorg vedtek følgjande høyringsuttale frå Rådmannen:

Stord kommune støttar tilrådingane frå Prioriteringsutvalet når det gjeld prinsipp som skal liggja til grunn. Det er særleg viktig at prosessane vert opne og at det vert lagt vekt på legitimitet og lojalitet til dei avgjerder som vert tekne. Ein må sikra at rettferdig fordeling av flest gode leveår for alle også omfattar folk med rusvanskar eller psykisk liding. Alder må ikkje vera eit isolert kriterium for tildeling av helsehjelp som kan betra livskvaliteten. Utvalet har gjort eit grundig og godt arbeid. Det er viktig at dette no vert nytta, kontinuerleg evaluert og omsett i praksis.

Dokumentliste

S 07.01.2015

I 13.11.2014 Helse- og omsorgsdepartementet

Prioriteringar i helsetenesta NOU 2014: 12. Høyringsuttale.
Høring - NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringar i
helsetjenesten

Vedlegg

<https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/no/pdfs/nou201420140012000dddpdfs.pdf>

Innleiing

Regjeringa Stoltenberg oppnemnde i juni 2013, eit offentleg utval for å vurdere korleis ein i Norge best kunne møte dagens prioriteringsutfordringar i helsetenesta. Det var breidt samansett med helsepersonell, andre fagfolk, brukarar og politikarar, tilsaman 14 medlemmer. Utgreiinga vart levert den 12.11.2014 og er på 186 sider, med høyringsfrist 20.02.2015.

Saksutgreiing

Norge har lang tradisjon på å jobba systematisk med spørsmål rundt prioriteringar i helsesektoren. Dei 2 tidlegare Lønningutvala (NOU 1987:23; NOU 1997:18) drøfta kva helsebehov som skulle prioriterast. Dei hadde følgjande prioriteringskriterier:

1. Alvorsgrad hjå tilstanden
2. Nyttan av tiltaket
3. Krav om kostnadseffektivitet

Norge brukar store ressursar på helse- og omsorgstenesta, men ressursane er ikkje uutømelege. Utviklinga i behandlingsmetodar, teknologi, demografi, sjukdomsbør og forventingar gjer det naudsynt med nytt utgreiingsarbeid. Det er og slik at helse ikkje veg meir enn andre samfunnssektorar og såleis krevst prioritering i helse- og omsorgstenesta.

Utvalet meiner god prioritering bør byggja på fire prinsipp:

1. Prioriteringar bør gje «flest mogeleg gode leveår for alle, rettferdig fordelt»
2. Prioriteringar bør følgja etter klare kriterier
3. Prioriteringar bør gjerast systematisk, ope og med brukarmedverknad
4. Prioriteringar bør gjerast med ei heilskapleg samling av effektive reiskapar

Flest mogleg gode leveår for alle, rettferdig fordelt

Målet er å skapa flest mogeleg gode leveår for alle og å sikra at desse vert rettferdig fordelt. Rettferdig fordeling av gode leveår byggjer på likebehandling og at ein legg særleg vekt på gode leveår til dei som er dårlegast stilte. Utvalet meiner at alder i seg sjølv ikkje er eit relevant kriterium for prioritering, men indirekte aldersprioritering kan vera akseptabelt når det kjem av rett bruk av hovudkriteria. Det skal ikkje vera fastlagde aldersgrenser for tilbod om offentlege helsetenester.

Prioriteringar bør følgja etter klare kriterier

Utvalet tilrår tre nye kriterier for prioritering:

1. Helsegevinst
Prioriteten til tiltaket aukar med forventa helsegevinst (og annan velferdsgevinst)
2. Ressursbruk
Prioriteten til tiltaket aukar di mindre ressursar det krev
3. Helsetap
Prioriteten til tiltaket aukar med forventa helsetap over livslauget til dei som får helsegevinst

Kriteria skal ikkje stå åleine, men nyttast samla. Helsetap er ei ny nemning som kan vera vanskeleg å få tak på, men det kan meir klart definierast og reknast ut (tapte gode leveår). Hovudproblemet med alvorskriteriet var at det var uklart kva ein meinte med alvorsgrad og det kan ikkje reknast ut på ein eintydig måte.

Helsetap= skilnaden mellom 80 gode leveår og talet gode leveår hos målgruppa med eksisterande behandling. Denne referanseverdien er sett relativt høgt. Sjølv om forventa levealder i Norge ved fødsel er litt over 80 år, er talet forventa gode leveår om lag 67 år. Norma er sett høgare ut frå ei målsetjing om fleire gode leveår i livslauget. Definisjonen av helsetap gjer det mogeleg å rekna ut og samanlikna diagnosegrupper med ulike utsikter for livslauget med dagens behandling.

Utvalet meiner at dei nye kriteria ikkje er vanskelegare å bruka i klinikken enn dei gamle. Grunngevinga er slik:

Kor mykje ekstra helse får pasienten av behandlinga, kor dårleg er helse i utgangspunktet? Dei med det dårlegaste utgangspunktet skal ha ein noko høgare prioritet.

Utvalet har gitt eksempel på variasjon i helsetap (tapte gode leveår) i ein figur som illustrerer korleis helsetap kan variera mellom ulike tilstandar. Det vert vist til at helsetap ikkje berre er ein abstrakt storleik, men kan reknast ut frå tilgjengelege data for gjennomsnittspasienten. Figuren manglar fleire tilstandar innafor områda rus og psykiatri som heng saman med store helsetap. Utvalet meiner at dette bør løftast fram.

Tilstandar som ligg langt nede på helsetapstabellen treng ikkje tapa i høve prioritering. Tap av gode leveår er rekna ut i høve eksisterande behandling og helsegevinsten tek utgangspunkt i dette, vurdert mot ressursbruken. Er helsegevinsten stor nok i høve til ressursbruken, er det godt nok. Omsynet til tapte leveår kjem ikkje inn. Er ressursbruk i høve til helsegevinst ikkje tilfredsstillande, kan eit stort helsetap likevel tilrå behandling.

Prioriteringar bør gjerast systematisk, ope og med brukarmedverknad

Prioritering vekker kjensler og debatt, det vert ofte usemje om fordelingsspørsmål. Ein sentral demokratisk verdi er at politiske spørsmål må handsamast i open, offentleg debatt for å sikra at saka vert tilstrekkeleg opplyst. Open prosess kan på lengre sikt sikra legitimitet. Opne prosessar gjev høve til sterkare brukarmedverknad som ein demokratisk rett og del av verdigrunnlaget til helsetenesta. Utvalet tilrår at brukarar vert inkludert i prioriteringsprosessar på alle nivå.

Prioriteringar bør gjerast med ei heilskapleg samling av effektive reiskapar

Retningslinjer og rettleiarar

Potensialet for prioritering med støtte av faglege retningslinjer og prioriteringsrettleiarar har ikkje vore tilstrekkeleg kjent og nytta i Norge. Dette er den viktigaste reiskapen for systematisk betring av kvardagsprioriteringa. Det kan m.a. gjelda diagnostikk og behandling av brystkreft og prostatakreft, radiologisk utgreiing av rygg- og leddsmerte, sortering av pasientar i akutt mottak og prioritering av pasientar som treng intensiv overvaking.

Gradert eigenbetaling

Utvalet tilrår gradert eigenbetaling, men ikkje å auka den totale eigenbetalinga. Meininga er å avgrensa bruk av lågt prioriterte tenester og innretta eigenbetalingsordninga slik at den fører til rettare prioriteringar. Tiltak som gjev store forventa helsegevinstar i høve til ressursbruk og som er retta mot tilstandar med store helsetap kan få redusert eller fjerna eigenbetaling. Tiltak som gjev små eller usikre helsegevinstar og som er retta mot tilstandar med små helsetap kan gje grunnlag for gradert eller full eigenbetaling. Ei slik ordning må følgjast nøye med omsyn til effektivitet og fordelingsseffekt.

Endringar og oppdatering av regelverket

Utvalet meiner at lov og forskriftsverket på prioriteringsområdet i dag er fragmentert. Prioriteringskriteria må koma tydeleg fram i all relevant lov- og forskriftstekst slik at viktig lovverk understøttar bruk av overordna prioriteringskriterier i heile helsetenesta.

Organ med særleg ansvar for prioritering

Alle som jobbar i helsetenesta har ansvar for god prioritering, men det er og trong for organ som har dette som eit særleg arbeidsområde. Utvalet tilrår å føra vidare det nasjonale rådgivande organet me har i dag, men med ein del endringar i føremål og samansetjing. I dei regionale helseføretaka vert det nyoppretta Beslutningsforumet ein viktig plass for prioritering. Prosessen må vera open, men det krev ikkje at folk og media skal kunna ta direkte del i einsildavgjerder. Det er grunngevingane som skal vera opne.

Vurdering

Rådmannen meiner me truleg ikkje vil få fram eit system som sikrar full rettferd i måten me brukar helseressursane, men me må rekna med at utgreiinga vil føra til ein ny debatt om prioritering. Ein kjem ikkje frå vanskelege prioriteringssituasjonar, men dei kan verta sjeldnare og føresetnadene for å løysa dei vert betre. Samstundes aukar det medisinske tilbodet frå vitskap og industri og etterspurnaden veks i eit aldrende folk. Det kan koma til å verta meir og meir me ikkje har råd til å gjera.

Kva skal eit ekstra leveår få kunna kosta for eit eldre menneske ? Kva skal ein forbetra livskvalitet få lov til å kosta for eit ungt menneske ? Skal alder vege med i prioriteringa?

Det er 2 verdisystem som møtest her. Det eine gjeld liv og helse, livskvalitet som ikkje kan talfestast om målast. Det andre gjeld pengar og ressursar. Om det første må vika får folk eit kortare liv og gjerne meir ubehag for di hjelpa ikkje er tilgjengeleg. Om det andre må vika, vert budsjetta sprengde og prioriteringar som er gjort vert sett til side.

Prinsippa frå dei førre utvala kunne og vera tenlege, men dei har vorte lite brukte. Det er stort sett innafor legemiddelområdet og innføring av nye medisinar det har vore sett krav om eit rimeleg høve mellom effekt og kostnad. Utfordringa har vore å få drøftinga sett om til prosessar som er praktisk nyttige i det daglege. Lojalitet til avgjerder frå politisk nivå og frå fagfolk er ei anna utfordring. Det er lett å prioritera dei som har sterke talspersonar og organisasjonar i ryggen. Einskildsaker kan få fokus som «rører» politikarane slik at dei hiv seg med og gjev prioritet til dei som ropar høgast, heller enn dei som treng det mest.

Rådmannen meiner omgrepet «helsetap» vil kunna sikra høgare prioritering av dei med kronisk sjukdom og store plager. Sjukdommen er gjerne ikkje dødeleg (slik ein tidlegare har brukt alvorsgrad), men plagene fører til ein vanskeleg livssituasjon og redusert livskvalitet. Helsegevinsten, nytten pasienten kan ha av behandlinga, skal no vega tungt. Dette er eit viktig skritt for å nå målet om å «sikra flest mogleg gode leveår, rettferdig fordelt». I kommunane ser me at folk med rusvanskar eller psykisk lidning må vera sikra plass i prioriteringsdebatten.

Det vert teke fram ei aldersnorm på 80 år. Utvalet drøftar grundig om alder skal verka inn på prioriteringsavgjerder. Alder heng saman med mykje av det ein må leggja vekt på i bruken av dei 3 hovudkriteria. Det vil såleis koma fram visse former for indirekte aldersprioritering. Helsegevinstkriteriet vil kunna favorisera dei yngre framfor eldre for di dei har høgare forventet attverande levetid, alt anna likt. I tillegg heng alder saman med helsesvikt, fleire sjukdommar samstundes, risiko for komplikasjonar. Det er ikkje slik at helsegevinstkriteriet alltid favoriserer dei unge, men ofte vil det gje slik effekt. Det kjem og inn at kronologisk alder kan vera ein annan enn biologisk alder. Rådmannen meiner at alder ikkje må vera eit isolert kriterium for tildeling av helsehjelp.

Det vert lagt til rette for eit grunnleggjande verdisett i helse og omsorgstenesta. Dette krev rett prioritering av ressursar. Dei kan vera knappe. Det å sei ja til noko tyder ofte å måtta sei nei til noko anna. Ressursar er ofte fagfolk. Me må syta for at fagfolka held på med dei prioriterte tinga. Om intensjonane er gode kan det vera underliggjande krefter som forstyrrar prioriteringane. Finansieringsordningar kan vri ressursbruken i anna retning ved at lette og godt betalte tilbod veks fram utover det som er naudsynt. Sjukemelde og mellombels arbeidsuføre kan gje høgare prioritet for desse enn for andre med same eller verre sjukdom. Det kjem fleire «pakkeforløp» for ulike diagnoser som kan føra til at t.d. misstanke om kreft får høgare prioritet enn andre alvorlege sjukdommar. Rådmannen meiner at alt dette kan kvar for seg vera gode tiltak og som kan gagna mange. Utfordringa er å følgja med på at dei ikkje får negativ innverknad og såleis verkar mot ei rettferdig prioritering.

Prioriteringsutvalet vil ha auka eigendeler for lågt prioriterte helsetenester og listar opp ei rekkje behandlingstilbod dei meiner pasientane kan betala meir for. Det er m.a. såkalla «villscreening», undersøking for sjukdommar hjå symptomfrie folk som ikkje er gjennomført som del av ei nasjonal tilrådd screening, utvalet tilrår redusert. Friske personar som berre har uro, skal ikkje testast. Om det vert gjort screening utan god grunn, fordi det er «trygt å ha gjort det», bør ein kunna ta auka eigendel. Målet må vera å redusera forbruket av det fagmiljøa definerer som overdiagnostikk. Rådmannen støttar dette.

Konklusjon, alternativ tilråding

På denne bakgrunn gjer Rådmannen framlegg om følgjande høyringsuttale:

Stord kommune støttar tilrådingane frå Prioriteringsutvalet når det gjeld prinsipp som skal liggja til grunn. Det er særleg viktig at prosessane vert opne og at det vert lagt vekt på legitimitet og lojalitet til dei avgjerder som vert tekne. Ein må sikra at rettferdig fordeling av flest gode leveår for alle også omfattar folk med rusvanskar eller psykisk lidning. Alder må ikkje vera eit isolert kriterium for tildeling av helsehjelp som kan betra livskvaliteten. Utvalet har gjort eit grundig arbeid og det er viktig at dette no vert nytta, kontinuerleg evaluert og omsett i praksis.